

Remplir les dossiers administratifs quand on a un enfant autiste (2) : demander une carte d'invalidité

C'est la circulaire du 27 avril qui pose le principe de la prise en charge par l'Etat de la population autiste et reconnaît comme obligation nationale le droit à l'éducation, aux soins, à la scolarité et à l'insertion sociale ; mais c'est la Loi de 1996 qui consacre l'autisme comme un handicap mental et ouvre le droit à des moyens financiers spécifiques pour une éducation spécialisée « ***spécifique*** » .
« Toute personne atteinte du handicap résultant du syndrome autistique et des troubles qui lui sont apparentés bénéficie, quel que soit son âge, d'une prise en charge pluridisciplinaire qui tient compte de ses besoins et difficultés spécifiques.
Adaptée à l'état et à l'âge de la personne et eu égard aux moyens disponibles, cette prise en charge peut être d'ordre éducatif, pédagogique, thérapeutique et sociale » .

La loi Chossy http://dcalin.fr/textoff/autisme_1996.html
votée à l'Assemblée Nationale ***le 4 décembre 1996*** et publiée au J.O du 12 décembre sous le n° 96-1076 marque un tournant décisif en reconnaissant ***le handicap lié à l'autisme***.

Tous les parents d'un enfant autiste sans exception doivent avoir la carte d'invalidité au taux minimal de 80%.

1) Il est préférable d'avoir au préalable fait une demande d'ALD, ce qui attestera de la sévérité de l'affection appelée TED.
Relisez ce qui figure dans la fiche numéro 1 demande d'ALD, cela peut vous servir à nouveau, et classez vos dossiers au même endroit.
Inversement, les éléments du guide-barème ci-dessous peuvent vous servir à argumenter pour avoir la carte d'invalidité.

2) Textes réglementaires : Code de l'Action Sociale
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797043&dateTexte=20090627

DUREE DE L'ATTRIBUTION

(art R. 241-14 du CASF)

La carte est délivrée à titre définitif *ou* pour une durée déterminée (**entre 1 an minimum et 10 ans maximum**).

Son attribution est révisée périodiquement en fonction de l'évolution de

l'incapacité.

La demande de renouvellement de la carte doit être adressée plusieurs mois avant la date d'expiration de la carte en cours, compte tenu des délais d'instruction de la MDPH.

La carte d'invalidité est indispensable : outre qu'elle vous est due, elle vous ouvre un certain nombre d'avantages.

La carte d'invalidité donne droit :

- à une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente, ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public (pour le titulaire et la personne accompagnante),
- à une priorité dans les files d'attente des lieux publics, mais aussi à Eurodisney !
- à diverses réductions tarifaires librement déterminées par les organismes exerçant une activité commerciale.

Les lieux accueillant du public doivent rappeler les droits de priorité par voie d'affichage.

· **Avantages fiscaux**

La carte d'invalidité permet d'obtenir des avantages fiscaux :

- Impôts sur le revenu (art. L.195 du code général des impôts) : une ***demi-part supplémentaire par personne handicapée à charge***
N'oubliez pas de remplir correctement votre déclaration de revenus : cochez la case P page 2 puis la case G dans la colonne 2 et joindre la photocopie de la carte d'invalidité recto-verso à la déclaration.
- Abattement ou dégrèvement éventuel de la Taxe d'habitation (art. L 1414 du CGI et suivants) et de la Taxe foncière (art. L 1417 du CGI).
-Une exonération éventuelle de la redevance audiovisuelle.
-Réduction d'impôt pour frais d'aide à domicile.
- Exonération des cotisations patronales de sécurité sociale.

Pour l'impôt sur le revenu, si la carte a été demandée dans l'année d'imposition, mais non encore attribuée, le demandeur peut en faire état ; son imposition sera par la suite régularisée si la carte devait lui être refusée.
Le pourcentage d'invalidité n'a aucune incidence sur la prise en charge à 100% par l'assurance maladie (exonération du ticket modérateur).

Voir le dossier sur le site d'Handi-Droit
http://www.handroit.com/carte_dinvalidite.htm

3) Même démarche que pour la demande d'ALD : vous allez devoir participer à la tâche donc téléchargez l'imprimé en ligne http://www.cg06.fr/mdph/pdf/formulaires/formulaire-demande-cartes.pdf
pour voir comment on le remplit.

Voir page 11 dans la notice qui accompagne le dossier MDPH
http://www.service-public.fr/formulaires/pdf/noticeformulairesmdph.pdf

Ne pas cocher la case demande de procédure simplifiée réservée au renouvellement ou à l'urgence.
Attention : si vous cochez cette case, votre dossier ne passera pas en commission plénière.

Annexe : commentaire sur la case procédure simplifiée

Afin de privilégier un traitement plus rapide de vos droits une formation restreinte de la CDA peut **statuer en votre absence** dans les cas suivants :
• Le renouvellement d'un droit ou d'une prestation dont vous bénéficiez si votre handicap et /ou votre situation n'ont pas évolué de façon significative,
• La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
• L'attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention «priorité pour personne handicapée».
• La reconnaissance des conditions médicales nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapée
• Les situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.

La présentation de la procédure simplifiée - qui permet "un traitement plus rapide" du dossier - et le fait que les conséquences de cette procédure ne sont pas explicitées à côté de la case à cocher, mais dans un document annexe (de 19 pages) auquel il faut se reporter, donnent le sentiment qu'on incite l'usager à utiliser cette procédure sans insister sur ses conséquences, à savoir que le dossier sera traité sans que le "bénéficiaire" soit entendu par la CDA.

La procédure simplifiée ne devrait certes être utilisée que dans les cas prévus dans le "mode d'emploi". Elle convient donc pour la grande majorité des dossiers, qui sont de simples renouvellements d'AEEH ou d'AAH. Mais les MDPH, qui sont souvent débordées, gagnent du temps en essayant de faire passer tout le monde par la procédure simplifiée, quitte à ce qu'il y en ait un sur 20 ou sur 50 qui conteste la décision prise et qui demande une procédure de conciliation. En effet bien souvent le conciliateur remet en route une procédure ordinaire.

Si on interprète correctement le document annexe, les familles refuseront donc la procédure simplifiée quand elles estiment nécessaire d'être entendues par la CDA, ***notamment quand il s'agit d'une première demande*** ou **quand il y a eu des changement dans la situation de l'enfant ou de la famille.**

4) Vous allez devoir lire le guide-barème http://dcalin.fr/textoff/guide_bareme.html

qui régit l'attribution de la carte d'invalidité pour argumenter ; ce guide-barème est inchangé depuis le texte précédent de 1993.
Quelques modifications en 2007 qui ne changent pas grand-chose pour l'autisme :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823675&dateTexte=

Voici ce qu'il faut faire prendre en compte : l'autisme n'est pas classé dans les handicaps cognitifs donc il faut faire avec ce qui existe ! Extraits du guide-barème : je souligne ce qui est essentiel :

Dans le chapitre I

SECTION 1
DÉFICIENCES INTELLECTUELLES ET DIFFICULTÉS DE COMPORTEMENT
DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Un guide d'évaluation concernant spécifiquement la déficience intellectuelle et les difficultés du comportement de l'enfant et de l'adolescent a été établi. Il comporte un exposé de repères méthodologiques simples.
Ce guide ne se substitue pas au travail préalable des praticiens qui doivent apprécier les mécanismes de la déficience, les éléments dynamiques interactifs familiaux et sociaux, les facteurs étiologiques éventuels.

L'ensemble de ce travail évaluatif conduit chaque praticien à une synthèse lui permettant de proposer un diagnostic, qui éclaire l'évolutivité, le pronostic, les possibilités thérapeutiques, la compétence à l'égard de la scolarité (éventuellement aménagée ou aidée) et également la fréquence souhaitable pour le réexamen des dossiers. En l'espèce, il s'agit d'apprécier l'importance des incapacités et le surcroît de charges éducatives qui y sont liées au moment précis où est effectuée l'évaluation.

Cependant, la mise en évidence d'une anomalie chromosomique autosomique (trisomie ou monosomie) de l'enfant (par exemple dans le cadre des examens médicaux de la première semaine, du neuvième et du vingt-quatrième mois) signe d'emblée une déficience intellectuelle plus ou moins importante, souvent associée à des difficultés du comportement. Aussi ils justifient, dès le diagnostic posé, de l'attribution d'un taux égal à 80 p. 100, quel que soit l'âge de l'enfant.

Les anomalies concernant les chromosomes sexuels peuvent, elles, s'accompagner, mais de façon inconstante, d'une déficience mentale. Elles entraînent très souvent des difficultés du comportement. Aussi elles justifient l'attribution d'un taux au moins égal à 50 p. 100. Selon le bilan effectué, ce taux pourra atteindre 80 p. 100 dans certains cas (retard mental avéré, difficultés du comportement importantes...).
Il importera de tenir compte de la permanence de l'aide éducative pour maintenir l'autonomie de l'enfant au niveau acquis et pour réaliser des progrès au-delà.

Ainsi on peut déterminer trois classes de taux d'incapacité :

taux inférieur à 50 p. 100 : incapacité modérée n'entraînant pas d'entrave notable dans la vie quotidienne de l'enfant ou de celle de sa famille ;
taux compris entre 50 p. 100 et 80 p. 100 : incapacité importante entraînant une entrave notable dans la vie quotidienne de l'enfant et de sa famille ;
taux égal ou supérieur à 80 p. 100 : incapacité majeure, entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de l'enfant et de celle de sa famille.
Nos enfants entrent tous dans cette catégorie !

A. REGISTRES D'ÉVALUATION

L'incapacité de l'enfant ainsi que le surcroît de charges éducatives sont appréciés dans chacun de ces registres.

1. CONSCIENCE ET CAPACITÉS INTELLECTUELLES

Conscience de soi : capacité à construire ou à maintenir une représentation de l'identité du corps ainsi que sa continuité dans le temps.
Schéma corporel et capacité d'orientation dans le temps et l'espace.
Capacité générale à acquérir des connaissances et des compétences, appréciation clinique et psychométrique.

2. CAPACITÉ RELATIONNELLE ET COMPORTEMENT

Avec les membres de la famille ; avec d'autres enfants ou adultes de l'entourage. On appréciera notamment :

la capacité à nouer des relations dans des situations de jeu et d'apprentissage ; la capacité d'adaptation au milieu habituel et à des situations nouvelles.

3. LA COMMUNICATION

Concerne la capacité de l'enfant de produire et d'émettre des messages ainsi que de recevoir et de comprendre les messages.
On examinera les points suivants
:
compréhension du langage de l'entourage ;
capacité d'expression non verbale : mimique, gestuelle ;
capacité d'expression orale ;
capacité concernant l'expression écrite : écriture, lecture.

4. CONDUITES ET ACTES ÉLÉMENTAIRES DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Il s'agit d'apprécier là l'autonomie dans
:
l'alimentation ;
la toilette ;
l'acquisition de la propreté ;
le sommeil.

5. CAPACITÉ GÉNÉRALE D'AUTONOMIE ET DE SOCIALISATION

Dans la vie familiale : participation aux activités domestiques, interférence avec les activités des autres membres de la famille.
Hors de la vie familiale :

capacité de se déplacer (ne vise pas uniquement les capacités locomotrices, mais exploite aussi la capacité à se déplacer seul, à prendre les transports en commun) ; capacité d'assurer sa sécurité personnelle, dans les situations ordinaires de l'existence ; possibilité d'intégration dans les lieux habituels de l'enfance : crèche, halte-garderie, école, centre aéré, etc.

B. AUTRES ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION

Complémentaires de l'étude analytique des incapacités résultant des atteintes des grandes fonctions psychiques, ils permettent au médecin expert de porter une appréciation globale, cotée, selon les trois niveaux de sévérité déterminés ci-dessus.

Le diagnostic : il sera indiqué en référence à une classification des maladies reconnue nationale ou internationale. L'âge où la déficience est intervenue, son ancienneté, son évolutivité, les possibilités thérapeutiques, les soins entrepris, leur lourdeur, la fréquence des éventuelles hospitalisations. La présence d'autres atteintes fonctionnelles.

Dans le CHAPITRE II
DÉFICIENCES DU PSYCHISME

SECTION 1
DÉFICIENCES PSYCHIQUES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Ce guide ne se substitue bien évidemment pas au travail préalable des praticiens qui doivent apprécier les mécanismes psycho-pathologiques, les éléments dynamiques interactifs familiaux et sociaux, les facteurs étiologiques éventuels. L'ensemble de ce travail évaluatif conduit chaque praticien à une synthèse lui permettant de proposer un diagnostic, qui éclaire l'évolutivité, le pronostic, les possibilités thérapeutiques et éducatives et également la fréquence souhaitable pour le réexamen des dossiers.

Dans une approche globale, visant à décrire au mieux la situation de chaque enfant, les conséquences et limitations qu'imposent certains processus morbides doivent également être étudiées, en référence à l'apport méthodologique de la classification internationale des handicaps, notamment l'identification de plans d'expérience de santé et leurs interactions qui seront précisés par circulaire.

En l'espèce, il s'agit d'apprécier l'importance des capacités liées aux atteintes des grandes fonctions neuropsychiques, et le surcroît de charges éducatives qui y sont liées au moment précis où est effectuée l'évaluation. Il importera de tenir compte de la permanence de l'aide éducative pour maintenir l'autonomie de l'enfant au niveau acquis et pour réaliser les progrès au-delà.

La démarche consiste à examiner pour chaque enfant, en référence au développement d'un enfant du même âge, un ensemble d'items de valeur différente, qui se situent dans plusieurs registres ; cet ensemble éclairé par des éléments non chiffrés (le diagnostic, l'évolutivité) aboutit à un indice synthétique qui permet d'attribuer à l'enfant un taux d'incapacité :

inférieur à 50 p. 100 : incapacité modérée, n'entraînant pas d'entrave notable dans la vie quotidienne du sujet ou celle de sa famille.

de 50 à 80 p. 100 : incapacité importante, entraînant une gêne notable dans la vie quotidienne du sujet ou celle de sa famille.

égal ou supérieur à 80 p. 100 : incapacité majeure, entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne du sujet et de celle de sa famille.

L'âge de seize ans est l'âge minimum d'entrée dans le monde du travail : les incapacités et désavantages dans le champ professionnel ajoutent une nouvelle perspective dans la détermination de ce qui est à compenser. Aussi, suivant les cas, il peut être plus opportun de se reporter au guide-barème établi pour les atteintes neuropsychiques des adultes.

A. REGISTRES D'ÉVALUATION

Explorant les incapacités liées aux atteintes des grandes fonctions neuropsychiques ainsi que le surcroît de charges éducatives, ces repères donnent lieu à une appréciation codée (et non cotée).

1. CONSCIENCE ET CAPACITÉS INTELLECTUELLES

Conscience de soi : capacité à construire ou à maintenir une représentation de l'identité du corps ainsi que sa continuité dans le temps.

Schéma corporel et capacité d'orientation dans le temps et l'espace.

Capacité de discerner les dangers.

Capacité générale à manifester de la curiosité et de l'intérêt pour le milieu environnant.

Capacité à jouer seul de manière créatrice : activité de faire semblant ou utilisation dans le jeu d'un objet pour autre chose que sa destination usuelle.

Capacité générale d'acquérir des connaissances et des compétences et de les généraliser.

Les capacités intellectuelles seront appréciées grâce à différents tests cliniques, l'usage de plusieurs types de tests psychométriques (tests verbaux et de performance), échelles de capacité sociale... conjugués avec des entretiens et des tests de la personnalité.

2. CAPACITÉ RELATIONNELLE ET COMPORTEMENT

Avec les membres de la famille ; avec d'autres enfants ou adultes de l'entourage.

On appréciera notamment : la capacité à nouer des relations dans des situations de jeu et d'apprentissage ; la capacité d'adaptation au milieu habituel, et à des situations nouvelles ; certaines difficultés particulières de comportement (stéréotypie, hyperactivité...) qui perturbent les relations avec l'entourage.

3. LA COMMUNICATION

Concerne la capacité de l'enfant de produire et d'émettre des messages et de recevoir et de comprendre les messages. On examinera les points suivants : compréhension du langage de l'entourage ; capacité d'expression non verbale à des fins de communication, mimique, gestuelle ; capacité d'expression verbale

à des fins de communication : capacité à manifester une curiosité en posant des questions (non stéréotypées) et à répondre à des questions de manière adaptée (faculté de dépasser l'écholalie) ; capacité concernant l'expression écrite : écriture, lecture.

4. CONDUITES ET ACTES ÉLÉMENTAIRES DANS LA VIE QUOTIDIENNE Il s'agit d'apprécier là l'autonomie en fonction de l'aide ou de l'incitation extérieure dans :
5. l'alimentation ;
la toilette ;
l'acquisition de la propreté ;
le sommeil.

5. CAPACITÉ GÉNÉRALE D'AUTONOMIE ET DE SOCIALISATION

Dans la vie familiale : participation aux activités domestiques, interférence avec les activités des autres membres de la famille.

Hors de la vie familiale : capacité de se déplacer (ne vise pas uniquement les capacités locomotrices, mais explore aussi la capacité à se déplacer seul, à prendre les transports en commun) ; capacité d'assurer sa sécurité personnelle, dans les situations ordinaires de l'existence ; capacité d'intégration dans les lieux habituels de l'enfance : crèche, halte-garderie, école, centre aéré, etc..

B. AUTRES ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION

Complémentaires de l'étude analytique des incapacités résultant des atteintes des grandes fonctions psychiques, ils permettent au médecin expert de porter une appréciation globale, cotée, selon les trois niveaux de sévérité déterminés ci-dessus.

Le diagnostic : il sera indiqué en référence à une classification des maladies reconnue, nationale ou internationale. L'âge de survenue des troubles, leur ancienneté, leur évolutivité.

Les possibilités thérapeutiques, les soins entrepris, leur lourdeur, la fréquence des éventuelles hospitalisations. La présence d'autres atteintes fonctionnelles.

La multiplicité des troubles ou l'incidence multiple d'un seul trouble sévère présentés par le sujet pourra, en elle-même, constituer un indice de gravité supplémentaire. Pour une personne donnée, ayant repéré l'ensemble des atteintes qui peuvent ressortir à des chapitres différents, il importe d'en apprécier le taux global. Toutefois, on sera attentif à ne pas cumuler deux items semblables présents dans deux chapitres différents (cf. le chapitre Déficiences du langage et de la parole) ou de ne pas cumuler le taux qui résulterait de l'évaluation portée en référence au chapitre I, section 1, et celui porté en référence à cette section.

5. CAPACITÉ GÉNÉRALE D'AUTONOMIE ET DE SOCIALISATION

Dans la vie familiale : participation aux activités domestiques, interférence avec les activités des autres membres de la famille.

Hors de la vie familiale : capacité de se déplacer (ne vise pas uniquement les capacités locomotrices, mais explore aussi la capacité à se déplacer seul, à prendre les transports en commun) ; capacité d'assurer sa sécurité personnelle, dans les situations ordinaires de l'existence ; capacité d'intégration dans les lieux habituels de l'enfance : crèche, halte-garderie, école, centre aéré, etc.

B. AUTRES ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION

Complémentaires de l'étude analytique des incapacités résultant des atteintes des grandes fonctions psychiques, ils permettent au médecin expert de porter une appréciation globale, cotée, selon les trois niveaux de sévérité déterminés ci-dessus.

Le diagnostic : il sera indiqué en référence à une classification des maladies reconnue, nationale ou internationale (***refusez la CFTMEA, exigez la CIM 10, qui est utilisée dans l'attribution de l'ALD et dans les recommandations diagnostiques sur l'autisme***). L'âge de survenue des troubles, leur ancienneté, leur évolutivité. (***on retrouve les critères de l'ALD***)

Les possibilités thérapeutiques, les soins entrepris, leur lourdeur, la fréquence des éventuelles hospitalisations. La présence d'autres atteintes fonctionnelles.

La multiplicité des troubles ou l'incidence multiple d'un seul trouble sévère présentés par le sujet pourra, en elle-même, constituer un indice de gravité supplémentaire. Pour une personne donnée, ayant repéré l'ensemble des atteintes qui peuvent ressortir à des chapitres différents, il importe d'en apprécier le taux global. Toutefois, on sera attentif à ne pas cumuler deux items semblables présents dans deux chapitres différents (cf. le chapitre Déficiences du langage et de la parole) ou de ne pas cumuler le taux qui résulterait de l'évaluation portée en référence au chapitre I, section 1, et celui porté en référence à cette section.

Cela ne vous dispense pas d'éplucher les autres sections sur les troubles du langage, les troubles psychomoteurs, la cécité, la surdité et les troubles digestifs, qui frappent aussi souvent nos enfants.

Voilà le modèle de certificat médical 2009
http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/07_04_2009_08_26_53_CM_MDPH_2009-2.pdf
que doit remplir le médecin pour les demandes à la MDPH : carte d'invalidité, AEEH, orientation, PCH.

Récapitulons :
Avant de le faire remplir, vous venez avec le guide-barème !

5) CONDITIONS SUPPLEMENTAIRES POUR L'OBTENTION DE LA MENTION « BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT »

(art R 241-15 du CASF)

- Pour les enfants, ouvrant droit au troisième, quatrième, cinquième ou sixième complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.
- Ou pour les adultes qui bénéficient de l'élément « aides humaines » de la Prestation de Compensation.
- Ou pour les adultes qui perçoivent, d'un régime de Sécurité Sociale, une majoration pour avoir recours à l'assistance d'une tierce personne.
- Ou pour les adultes qui perçoivent l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ou l'Allocation Compensatrice pour tierce personne.

Il est indispensable de faire porter la mention « besoin d'accompagnement » sur la carte d'invalidité : bien le préciser dans la demande.

Voir là pour les avantages SNCF
http://www.accessibilite.sncf.com/mvh/sections/public/dossiers_pratiques/avantages_tarifaires/la_liste_des_avantag/avantages_tarifaires/view
avec une carte portant la mention « besoin d'accompagnement »
Avec une carte d'invalidité, 50% pour l'accompagnateur
Avec une carte d'invalidité et mention "besoin d'accompagnement", gratuité pour l'accompagnateur (sauf montant réservation).

Voir aussi là pour l'effort de signalétique
http://www.accessibilite.sncf.com/mvh/sections/public/l_accessibilite_pour5021_1/view
progressivement mis en place dans les gares pour le handicap mental (le handicap cognitif ce sera pour plus tard :-))

6) Et si vous y arrivez, demandez la carte de stationnement européen pour les personnes handicapées : vu le nombre de démarches qu'on nous oblige à faire, il faut la demander systématiquement.
http://www.fnvr-handicap-indemnisation.org/handicap_invalidite_carte_europeenne_de_stationnement.php
http://www.cg38.fr/6550-droits-demarches.htm?xml=F2891.xml&xsl=Fiche.xsl&n=Personnes%20handicap%C3%A9es&l=N12&n=Transport%20et%20handicap&l=N535

Toute personne, atteinte d'un handicap qui réduit de manière importante et durable sa capacité et son autonomie de déplacement à pied ou ***qui impose qu'elle soit accompagnée par une tierce personne dans ses déplacements, peut recevoir une carte de stationnement pour personnes handicapées.***
Cette carte est délivrée par le préfet, conformément à l'avis du médecin chargé de l'instruction de la demande.

L'arrêté du 13 mars 2006
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000459300&dateTexte=

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000425852&dateTexte=
relatif aux critères d'appréciation d'une mobilité pédestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement (JO du 19 mai) précise les critères d'attributions de la carte de stationnement.
On y trouve les précisions sur l'aide humaine et l'accompagnement par tierce personne du handicapé atteint d'une altération mentale, cognitive, psychique ou sensorielle. L'arrêté évoque le fait de se mettre en danger ou d'avoir besoin d'une surveillance régulière.

Les organismes utilisant un véhicule destiné au transport collectif des personnes handicapées peuvent recevoir une carte de stationnement pour personnes handicapées.
La carte de stationnement pour personnes handicapées permet à son titulaire ou à la tierce personne l'accompagnant, d'utiliser, dans les lieux de stationnement ouverts au public, les places réservées et aménagées à cet effet.

Demande de carte de stationnement : la demande est à adresser (CASF, art. R.241-16) pour les personnes handicapées, sur papier libre, depuis le 1er janvier 2006 à la Maison départementale des personnes handicapées,

-

La demande doit être accompagnée d'un certificat médical établi à cette fin. Toute demande de renouvellement de la carte de stationnement pour personnes handicapées doit être présentée au minimum quatre mois avant la date d'expiration.
L'arrêté du 31 juillet 2006 fixant le modèle de la carte de stationnement pour personnes handicapées (JO du 12 août) détaille les mentions de cette carte de stationnement, qu'elle soit délivrée à une personne physique ou à une personne morale.

Si vous n'avez pas obtenu satisfaction à la MDPH, vous pouvez
-demander à être entendu en commission restreinte pour un recours gracieux
-demander l'intervention du médiateur de la MDPH
-en dernier recours saisir le TCI.

Danièle Langloys
juin 2009